

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

876

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Jacques DUMAY

Né le 6 Avril 1914 à Paris

**Contribution statistique et clinique
à l'étude de l'Ethylisme
DANS UN HOPITAL
DE LA BANLIEUE PARISIENNE**

(Travail de l'Hôpital Intercommunal de Créteil)

Président : Léon BINET, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean-Jacques DUMAY

Né le 6 Avril 1914 à Paris

**Contribution statistique et clinique
à l'étude de l'Ethylisme
DANS UN HOPITAL
DE LA BANLIEUE PARISIENNE**
(Travail de l'Hôpital Intercommunal de Créteil)

Président : Léon BINET, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI

1 9 3 9

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LACOMME . . . Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARÉT . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHTER Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .		BASSET	
AUBERTIN . . .		BROcq	
BRULE		CADENAT . .	
CHABROL		GATELLIER. . .	Clinique chirurgicale.
DONZELOT . .	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	
METZGER	Clinique obstétricale.



V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

*En témoignage de mes sentiments
affectueux et reconnaissants.*

A MA FEMME

*Dont l'aide nous fut précieuse dans
l'élaboration de ce travail.*

Au Docteur JEAN MEYER

A MON PARRAIN

*Dont la bienveillance paternelle me
fut constante.*

*Qu'il trouve ici l'expression de ma
profonde reconnaissance.*

A MA MARRAINE

A MA SŒUR

Meis et Amiciis.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur Léon BINET

Professeur de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

*Pour le grand honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A mon Maître le Docteur ESCALIER

Médecin des Hôpitaux

Médecin chef de l'Hôpital intercommunal de Créteil

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour sa très grande bienveillance à notre égard. Mobilisé dès les premiers jours, il n'a pu nous guider dans l'élaboration de ce travail qu'il a bien voulu nous confier. Qu'il veuille bien nous excuser des erreurs que nous avons pu commettre.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

*Qui m'enseignaient les bases de la
médecine et de la chirurgie.*

Monsieur le Professeur ACHARD

Messieurs les Professeurs MATHIEU et CHEVASSU

Monsieur le Professeur WEIL-HALLE

Monsieur le Professeur CHIRAY

A mes Maîtres d'Externat des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur MADIER

Monsieur le Docteur PRUVOST

Monsieur le Docteur ESCALIER

Monsieur le Docteur RAMADIER

Monsieur le Docteur BELOT

A mes Maîtres d'Internat de l'Hôpital de Créteil

Monsieur le Docteur METIVET

Monsieur le Docteur SUREAU

Monsieur le Docteur AUBIN

INTRODUCTION

Constatant les ravages toujours plus inquiétants commis par l'alcoolisme sur la terre de France, des cris d'alarme ont été poussés non seulement, par les Associations Anti-Alcooliques dont c'est le rôle, mais par les Associations Médicales les plus diverses.

L'Académie de Médecine s'est fait l'écho de ces appels provenus de partout, et à sa suite, les Associations Coopératives de Médecins ont chacune, dans leur domaine, tenté de se livrer à des enquêtes statistiques pour préciser l'étendue du fléau.

A Lyon, sous la direction du Professeur Delore, on a montré l'envahissement des hôpitaux par les éthyliques aigus ou chroniques. A Nantes, sous la direction du Professeur Sebilleau, les hôpitaux ont procédé à un recensement des éthyliques hospitalisés pour des raisons immédiatement en rapport avec leur intoxication, et là encore, les chiffres de la progression de l'éthylisme dans les professions autrefois peu atteintes (agriculteurs ou classe moyenne) ont été saisissants.

Nous nous sommes efforcés, dans la sphère modeste qui nous était dévolue, d'apporter notre contribution à cette étude générale de l'éthylisme en France. Les chiffres que nous rapportons ont été recueilli dans un hôpital de la région parisienne et nous nous efforcerons d'en dégager des conclusions qui, si elles ne peuvent être étayées que par des considérations d'ordre locales, n'en tirent pas moins toute leur valeur du fait qu'en vingt autres endroits de notre sol, des enquêtes du même ordre sont poursuivies en même temps.

Notre étude statistique fut réalisée dans le Service de Médecine de notre Maître le Docteur Escalier, qui voulut bien nous la confier.

Elle porte sur une période allant du 30 mai 1938 au 1^{er} mars 1939.

— Le Service comportait à ce moment : 25 lits femmes, 25 lits hommes.

— La situation particulière du Centre Hospitalier fait que son recrutement est à la fois : Rural
et Urbain.

Au cours de la période envisagée :

— 216 malades *femmes* furent hospitalisées :

46 présentaient à des degrés divers des signes
d'éthylisme chronique,
soit donc une proportion de 20 %.

Dans le Service médecine hommes :

— 231 malades furent admis :

116 relevaient manifestement de notre enquête,
soit donc un pourcentage de 50 %.

Chacun de ces malades dont l'intoxication éthylique était manifeste, a été l'objet d'une enquête minutieuse non seulement clinique, mais portant encore :

qualitative

Sur la nature

de l'agent intoxicant.

quantitative

Sur la profession exercée dans la vie courante.

On connaît, hélas, la mauvaise volonté évidente de ces malades à renseigner le médecin, et nous nous excusons à l'avance des erreurs que pourraient contenir certaines de nos statistiques.

Schématiquement, nous nous sommes permis de classer les malades étudiés selon les symptômes présentés, en deux grandes catégories :

1° *Petits éthyliques* : Où l'intoxication ne se révèle que par des petits signes :

— Tremblements.

— Douleurs à la pression dans les masses musculaires, etc...

2° *Grands éthyliques* : Où l'intoxication se manifeste dans l'atteinte d'un ou plusieurs organes de l'économie.

Cette classification admise, notre étude comprendra :

— Un premier chapitre : Statistique et clinique.

— Un deuxième chapitre : Thérapeutique.

— Une conclusion.

PREMIER CHAPITRE

Cadre des « Petits éthyliques ».

Entrent ici les malades présentant un ensemble de symptômes cliniques toujours les mêmes, à savoir :

— Le tremblement des extrémités et souvent de la langue;

— Douleur à la pression des masses musculaires et des troncs nerveux;

— Asthénie;

— Subictère des conjonctives;

— Varicosités des pomes.

— Foie plus ou moins augmenté de volume, dur et douloureux à l'examen; marchant de pair :

— Les pituites matinales, l'anorexie.

— Zoopsie et rêves professionnels.

Ils constituent en quelque sorte :

— Les « Petits signes de l'Ethylisme Chronique » (R. Mignot). se rencontrant presque toujours au complet chez les malades, préludant ou accompagnant les localisations viscérales et nerveuses.

Dans ce cadre, nous avons compté :

Femmes : 15, se répartissant selon les professions :

Ouvrières d'usines 3

Femmes de ménage 4

Cultivatrices 1

Professions diverses 3

Sans profession 3

14 sur les 15 absorbaient en moyenne 2 litres de vin rouge par jour.

Une n'avoua que prendre 3 litres de bière.

Les 4 ouvrières d'usine

Les 3 femmes de ménage

prenaient en outre 2 apéritifs en moyenne par jour (surtout vins cuits, absinthe).

Age moyen : 30 à 35 ans.

Hommes : 51, comprenant :

Ouvriers d'usine	11
Ouvriers du bâtiment	17
Chauffeurs d'auto	2
Représentants de commerce....	3
Agriculteurs	4
Garçons de café	2
Boulangers	1
Sans profession	9

Tous buvaient 2 à 3 litres de vin rouge ou blanc par jour, auxquels s'ajoutaient :

2 apéritifs quotidiens au minimum (dans la majorité des cas, vins cuits ou absinthe) ;

Bière ou cidre, une à deux bouteilles, surtout chez les ouvriers :

du bâtiment,
d'usines.

Age moyen : 30 à 40 ans.

Les « grands éthyliques » chroniques.

Dans ce cadre nous avons placé ceux de nos malades présentant une ou plusieurs localisations viscérales nettes.

— *Les cirrhoses* : 23 cas, se répartissant en :

15 cas : femmes.

8 cas : hommes.

Du point de vue clinique, on notait :

16 cirrhoses de Laennec,

7 cirrhoses hypertrophiques,

qui furent toujours confirmées à l'examen nécroscopique chaque fois qu'il fut possible.

L'enquête sur le mode de l'intoxication éthylique a montré :

Femmes :

Vin (2 à 3 litres) : 4 cas;

Apéritifs (vins cuits) : 1 cas;

Mixte (vins et liqueurs et apéritifs) : 10 cas.

Hommes :

Apéritifs (gentiané, 6 à 7 par jour) : 1 cas;

Mixte : 7 cas.

Nous insisterons sur ce fait que, chez tous, le début de l'intoxication remontait à plusieurs années.

Reprenant l'hypothèse de l'origine tuberculeuse de la cirrhose de Laennec, défendue surtout par Roque et Corbier, nous avons pratiqué l'inoculation au cobaye du liquide d'ascite prélevé par ponction.

8 fois l'inoculation fut +.

Le pourcentage obtenu semble donc inférieur à celui rapporté par Roque et Corbier, mais nous ne nous permettons pas de tirer une conclusion, le problème des relations existant entre la tuberculose et la cirrhose étant encore trop complexe et sortant du cadre de notre étude statistique.

Tous ces malades, enfin, furent examinés au point de vue spécificité.

Dans 4 cas le B. W. se révéla fortement positif. Signalons que le traitement mercuriel ne sembla modifier en rien l'évolution.

Cirrhoses associées à une autre atteinte viscérale.

Parmi nos 23 malades cirrhotiques :

5 présentaient une névrite associée.

Nous nous permettons d'insister sur les particularités suivantes :

Ces 5 malades étaient du sexe féminin.

— Les névrites furent rapidement extensives, touchant à la fois M. I. et M. S.

Dans un cas, on notait une névrite rétro-bulbaire et un syndrome de Korsakoff. Elle s'accompagnait de fièvre.

L'évolution fut particulièrement rapide.

Cirrhose et tuberculose. — L'examen radiographique systématique de nos malades cirrhotiques nous a permis de déceler 8 fois une bacillose pulmonaire en évolution.

Dans 3 autres cas, on assistait à une poussée tuberculeuse terminale, dont une granulie vérifiée à l'autopsie. Les clichés de ces 3 malades, à leur entrée, montraient un aspect fibreux non évolutif.

Les polynévrites : 7 cas se répartissant en :

6 cas : femmes,

1 cas : homme.

Dans 2 cas :

1 cas : homme,

1 cas : femme.

Polynévrite des quatre membres avec syndrome de Korsakoff associé.

L'enquête sur le mode de l'intoxication éthylique a montré :

Femmes : Abus prolongé et important d'apéritifs (absinthe et vins cuits surtout).

La quantité de vin ne dépassant pas 1 litre en moyenne journalière.

Hommes : Intoxication mixte comprenant : vin et apéritifs divers.

Les deliriums tremens.

a) *Deliriums tremens* aigus : survenus spontanément ou déclenchés au cours d'une affection intercurrente : 3 cas :

1 cas : femme,

7 cas : hommes.

L'enquête sur le mode d'intoxication éthylique a révélé une intoxication multiple et prolongée comportant vin, bière, cidre, liqueurs, apéritifs dans tous les cas.

b) *Deliriums tremens subaigus ou prédeliriums.*

Nous classerons dans cette rubrique les malades ayant présenté au cours d'une affection intercurrente l'ensemble des symptômes suivants :

— Exagération du tremblement, avec fibrillations musculaires;

— Troubles psychiques légers;

— Température très élevée, souvent en rapport avec l'affection en cause.

3 cas furent notés, tous hommes.

Il s'agissait de malades hospitalisés pour affection pulmonaire banale aiguë (grippe, bronchite), au moment de la période hivernale.

Nous avons remarqué :

— d'une part, l'atypicité des signes pulmonaires, sans tendance à la localisation, lenteur de l'évolution entrecoupée de rechutes;

— d'autre part, l'action remarquable de la strychno-hépatothérapie sur l'ensemble des manifestations éthyliques, comme nous le verrons au chapitre « Thérapeutique ».

Les myocardites éthyliques.

Nous n'avons pas voulu terminer notre enquête sans signaler nos modestes constatations personnelles au sujet de cette localisation particulière de l'éthyl.

Nous appuyant sur les travaux remarquables de L. Langeron, de H. Batteur qui en rapportèrent plusieurs cas, nous nous sommes efforcé de pratiquer un examen cardiaque systématique de tous nos malades.

Nous en avons relevé 7 cas :

1 cas : femme,

6 cas : hommes.

Dans tous ces cas, l'intoxication relevait d'une ingestion quotidienne moyenne de 2 litres de vin à laquelle s'ajoutaient apéritifs quotidiens, café, plus rhum ou marc, 3 fois par jour environ.

Le tableau clinique était celui d'une asystolie totale :

— Galop;

— Souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle; T. A. abaissée;

- Œdème des membres inférieurs;
- Epancements pleuraux fréquents (4 cas);
- Gros foie douloureux.

Dans un cas : crise d'œdème aigu du poumon.

L'orthodiagramme montra un cœur toujours plus ou moins hypertrophié.

L'électrocardiogramme n'a pu être pratiqué.

Insistons sur le fait que cette asystolie se montra dans tous les cas progressive et irréductible.

Dans 3 cas le diagnostic clinique put être vérifié à l'autopsie.

De cette étude statistique, semblent se dégager les conclusions suivantes :

— La femme, en général, est beaucoup plus sensible à l'alcool, cirrhoses et polynévrites étant les localisations les plus fréquentes.

— Quant à l'homme, malgré une ingestion d'alcool de beaucoup supérieure, il résiste mieux au toxique, et cela en rapport sans doute avec une activité physique plus grande.

Par contre, les manifestations toxiques semblent se porter plus volontiers sur le neurone cortical, ce qui explique l'apparition de troubles mentaux allant des simples modifications du caractère à l'éclosion de délire hallucinatoire d'une extrême violence.

Ainsi, les conclusions tirées des chiffres recueillis par nous paraissent rejoindre en tous points les données classiques.

DEUXIEME CHAPITRE

La thérapeutique appliquée à nos malades fut conduite selon les données classiques :

- Sulfate neutre de strychnine injectable;
- Extrait de foie injectable;
- Régime lacto-végétarien.

Chez les « *petits éthyliques* », nous avons journellement administré :

- une ampoule d'extrait de foie (injection intramusculaire);
- une ampoule de sulfate de strychnine de 2 milligrammes (injection sous-cutanée).

Tous nos malades furent nettement améliorés : atténuation du tremblement, disparition de l'asthénie, reprise de l'appétit.

La dose totale de sulfate de strychnine injectée atteignit presque toujours 5 centigrammes.

Chez les « *grands éthyliques* », nous nous permettrons d'insister un peu plus en envisageant successivement les thérapeutiques appliquées :

- Dans les cas de cirrhose,
de polynévrite,
de delirium tremens.

Cirrhoses. — Là encore, traitement de base :

- strychnine,
- extraits de foie.

Le traitement de l'ascite comporta l'emploi de différents diurétiques :

- mercuriels,
- théobromine,
- aminophyline,
- calcium.

Un seul succès a été enregistré, et ce fut par l'administration *per os* d'une dose quotidienne de calcium s'élevant à 4 grammes, chez le malade dont nous rapportons l'observation ci-dessous :

Observation I. — M. B... Charles, 62 ans, marbrier, est hospitalisé le 28 avril pour ascite. Depuis 4 ans le malade dit avoir remarqué une augmentation progressive de son abdomen, mais il y a 2 mois une asthénie progressive jointe à une anorexie et à un amaigrissement notable, l'ont forcé à abandonner son travail. Rien à signaler dans les antécédents personnels et collatéraux de ce malade.

Il reconnaît facilement être un très fort buveur (vin et apéritifs : absinthe).

L'examen sommatique permet de constater un abdomen volumineux étalé dans les flancs, circulation collatérale nette.

A la percussion : matité mobile à limite supérieure concave en haut, signe du flot. Métévrisme périombilicale.

Le foie : est petit, dur, clouté, douloureux à la pression, légèrement ptosé, mais cependant difficilement perceptible.

Rate : percutable sur 4 travers de doigt.

On précise les autres signes de cirrhose : subictère des conjonctives, urines foncées, rares.

Tendance aux hémorragies gingivales et nasales en particulier.

Un épistaxis très important au cours de l'hospitalisation.

En résumé, cirrhose de Laënnec chez un éthylique avoué. Les petits signes de l'éthylisme chronique ont ici le maximum de netteté, l'examen clinique et radiologique, poumon, cœur, ne décèle rien d'anormal, la tension artérielle est à 12-8.

Réflexes : un peu vifs aux membres inférieurs.

Les examens complémentaires sont pratiqués :

Ponction exploratrice : liquide séro-fibrineux, Rivalta négatif, quelques lympho, placards endothéliaux, pas de microbes. Inoculation au cobaye : négative.

B. W. : Négatif. — Urée : 0 gr. 30.

Epreuve de la galactosurie provoquée : Elimination nettement anormale. Pigments et sels biliaires en abondance dans les urines.

On soumet le malade au traitement, strychnine, extrait de foie, on emploie successivement sans résultat les diurétiques suivants : théobromine, aminophiline, sels mercuriels.

On donne alors la dose quotidienne per os de 4 gr. de chlorure de calcium. Dès le lendemain, diurèse s'élevant à 3 litres, persistant 10 jours, puis retombant à 3/4 de litre environ, pendant 2 jours.

Le chlorure de calcium est continué, la diurèse remonte progressivement pour se maintenir aux environs de 2 litres. Parallèlement diminution progressive de l'ascite : 2 mois après l'entrée sa disparition semble totale, le malade sort le 27 juillet 1938, présentant un bon état général, reprise de poids, mais l'épreuve de la galactosurie restait franchement mauvaise. Nous avons perdu de vue le malade.

Les polynévrites. — Nous avons relevé 7 cas dans notre statistique. Tous furent soumis au traitement quotidien suivant :

— Sulfate neutre de strychnine : 2 milligrammes, en injection parentérale;

— Extrait de foie, en injection parentérale;

— Solution aqueuse de vitamine B 1 : 2 milligrammes.

Dans tous les cas, cette thérapeutique fut prolongée pendant un mois et demi à deux mois, date à laquelle on instituait massages et électrothérapie.

Une amélioration plus ou moins rapide fut constatée chez tous nos malades, et la marche put être reprise dans des conditions plus ou moins favorables.

Nous nous permettrons de rapporter l'observation suivante, particulièrement caractéristique :

Observation II (résumée). — M^{me} C... Marie-Louise, 50 ans, ménagère, est hospitalisée le 8 mai 1938, pour polynévrite des 4 membres associée à des troubles mentaux.

Antécédents : Père et mari éthyliques manifestes. 3 enfants bien portants. Intoxication de la malade remontant à quelques années.

L'entourage précise les habitudes d'intempérance, surtout apéritifs (vins cuits).

La malade très euphorique répond à tort et à travers aux questions posées, fabule, fait de fausses reconnaissances. Les petits signes de l'éthylisme sont manifestes.

Les membres inférieurs très amaigris surtout au niveau de

la loge antéro-externe de la jambe, sont recouverts d'une peau sèche et écailleuse.

Pointe du pied tombante, anesthésie plantaire douloureuse.

Douleur à la pression des masses musculaires des troncs nerveux.

Abolition des réflexes achilléens : rotuliens très faibles.

Aux membres supérieurs : Amyotrophie des avant-bras.

Effacement des éminences thénaires et hypothénaires.

Les réflexes sont très diminués.

Force musculaire nulle.

Foie : Débordant légèrement les fausses côtes, dur, clouté, sensible.

Rate : Non palpable.

Cœur : Un peu rapide, pouls à 100, T. A. à 13-8.

Poumons : Cliniquement et radiologiquement normaux.

B. W. :

Les examens électriques sont pratiqués :

— secousses lentes et vermiculaires;

— hypo-excitabilité galvanique et faradique;

— inversion de la formule polaire;

— R. de D. partielle aux membres inférieurs.

Au total, polynévrite des 4 membres associée à un syndrome de Korsakoff.

Le traitement : strychnine, extrait de foie, vitamine B, est institué.

Dès le 20^e jour, régression complète des troubles psychiques.

Très légère amélioration des paralysies.

Le 60^e jour, on cesse toute thérapeutique médicamenteuse : la malade peut remuer les jambes dans son lit, les réflexes commencent à réapparaître aux membres inférieurs, sont plus vifs aux membres supérieurs.

Massages et électrothérapie sont institués.

5 mois après son entrée, la malade quitte l'hôpital pouvant marcher mais steppant fortement à gauche.

Deliriums tremens. — Nos *deliriums tremens* aigus furent soumis à la technique thérapeutique suivante :

-- Isolement du malade non camisolé dans une pièce nue et obscure;

— Injections intraveineuses répétées trois fois dans la journée de sulfate de strychnine à la dose de 2 milligrammes;

— Gardénal sodique en injections parentérales, 0,10 centigrammes ou potion chloral-bromure.

Nous résumons ci-dessous 2 observations où cette thérapeutique a paru donner un résultat rapide dans 2 cas de delirium tremens particulièrement intenses :

Observation III (résumée). — M. B... Jean, 45 ans, cultivateur, hospitalisé en plein délirium le 21 février 1939 à la suite d'excès particulièrement importants (vin 4 litres, apéritif (gentiane) 12 en 24 heures.

L'état d'agitation extrême du malade gêne l'examen, néanmoins on constate l'augmentation de volume du foie débordant d'un travers de main les fausses côtes.

Les bruits cardiaques sont très assourdis. Pouls rapide, petit.

T. A. : 10-8.

Par ailleurs, tremblement intense des extrémités, fibrillation musculaire. Avec quelques difficultés sont injectés 3 fois dans la journée 2 milligrammes de strychnine intraveineux, 0,10 de gardénal sodique.

Le soir même, diminution très nette de l'agitation, la nuit est presque calme.

Le lendemain le malade encore trémulant semble avoir recouvert toutes ses facultés.

On poursuit le traitement-strychnine, extrait de foie en injections sous-cutanées, le 5^e jour petit épisode pulmonaire avec fièvre à 38°5 durant 2 jours.

Le 12^e jour le malade sort apparemment guéri, seuls persistent un léger tremblement, douleur à la pression des masses musculaires.

Observation IV (résumée). — M. T... Pierre, boucher, 42 ans, amené à l'hôpital en plein délirium, à la suite d'excès voisins. Fort buveur de vin et d'absinthe, habituel depuis 4 ans environ.

Le malade particulièrement violent et musclé s'oppose à toute tentative d'examen. On parvient néanmoins à injecter 3 fois dans la journée 3 milligrammes de strychnine intraveineux.

2 fois de 0,10 centigrammes de gardénal sodique sous-cutané. L'agitation diminue nettement. Dans la nuit on refait

2 milligrammes intraveineux de strychnine et 0,10 centigrammes de gardénal sous-cutané.

Dès le lendemain matin, le malade a retrouvé un calme relatif mais reste très trémulent.

Le traitement strychnine et extrait de foie sous-cutané est institué auquel on ajoute chloral-bromure par la bouche.

Le 3^e jour, le malade a retrouvé toutes ses facultés, mais présente un épisode pulmonaire avec température à 40° qui cèdera en 3 jours.

Le 10^e jour, il sort apparemment guéri, mais le tremblement des extrémités persiste ainsi que les autres signes de la série éthylique.

Dans deux cas où le délirium survint au cours d'une affection intercurrente (pneumonie du sommet, phlegmon du plancher de la bouche) le traitement décrit ne donna aucun résultat et l'évolution fut rapidement fatale.

Ainsi, nous croyons pouvoir conclure cet aperçu thérapeutique en disant que la strychno-thérapie et l'hépatothérapie prolongées restent le traitement de base des manifestations éthyliques à tous les degrés. En particulier, le fait d'employer la strychnine I. V. dans 2 cas de délirium tremens aigu semble avoir donné un résultat heureux.

Quant à la vitamine B 1, très étudiée ces derniers temps, son importance thérapeutique, en particulier dans les polynévrites, n'a plus à être démontrée.

CONCLUSIONS

I. — Nous nous sommes efforcé, devant la progression de l'éthylisme aigu et chronique constatée sur l'ensemble du territoire français, de nous livrer dans le cadre d'un hôpital de la banlieue parisienne à une étude statistique et clinique portant sur 1.000 malades parmi lesquels 500 ont fait l'objet d'une attention particulière.

II. — Au cours de la période envisagée, la proportion des éthyliques s'est élevée pour les malades femmes à 20 %, pour les malades hommes à 50 %. Ces chiffres sont légèrement inférieurs à ceux constatés dans les départements bretons qui revendiquent le triste honneur d'être en tête de statistique dans les chiffres français d'alcoolisme et de tuberculose.

III. — Le traitement de base des manifestations alcooliques de tous les degrés a été l'association de la strychnothérapie et de l'hépatothérapie. Les polynévrites ont constamment fait l'objet d'une thérapeutique par la vitamine B 1 dont l'efficacité n'est plus à démontrer.

IV. — Nous nous sommes attaché par l'étude de quelques cas typiques à faire ressortir quelles sont les formes d'éthylisme qui peuvent se présenter le plus souvent à l'attention de médecins de services non spécialisés, d'en faire observer les caractères cliniques et de tracer les grandes lignes de la thérapeutique de ces cas particuliers en montrant les résultats.

Vu le Doyen :

Vu le Président de thèse :

TIFFENEA:

Léon BINE:

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- L. Aublant.* — Tuberculose, cancer et alcoolisme en Seine-et-Oise. (Revue Médicale Française, mars 1935.)
- H. Batteur.* — Sur un cas de myocardite éthylique. (Journal de Médecine de Lille, novembre 1935.)
- L. Bouchut, R. Froment et Grasset.* — Etat du système cardiovasculaire dans la cirrhose éthylique du foie d'après 160 observations avec vérification anatomique. L'éthylisme peut-il être considéré comme responsable d'hypertrophies et d'insuffisances cardiaques? (Lyon Médical, 160, 3 juillet 1937, 29 juillet 1937.)
- Delebel.* — Le péril alcoolique, le tableau des maladies dues à l'alcoolisme. (Paris Médical, I, 14, 8 février 1936.)
- Deluen.* — Les trois fléaux : alcoolisme, tuberculose, cancer, en Bretagne du Nord. (Revue Médicale Française, mars 1935.)
- A. Hanns et J. Warter.* — Myocardites éthyliques. (Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang, n° 6, juin 1933.)
- R. Krainik.* — Le problème de l'alcoolisme chronique. (Europe Méd., n° 15, octobre 1937.)
- L. Langeron.* — La myocardie alcoolique, le facteur névrite dans les myocardies. (Journal de Médecine et Chirurgie pratiques, 107, 353, 373, 25 mai 1936.)
- L. Langeron.* — La myocardie alcoolique. (Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique, 51, 577, 580, 4 septembre 1937.)

L. Langeron et G. Le Dourneuf. — La myocardie alcoolique (à suivre). (Question Médicale d'Actualité, n° 1, janvier 1936, page 1.)

L. Langeron et G. Le Dourneuf. — La myocardie alcoolique. (Question Médicale d'Actualité, n° 2, février 1930.)

R. Mignot. — Les petits signes de l'alcoolisme chronique. (Pratique Médicale Française, mars 1928, page 98.)

R. Mignot. — La prédisposition aux accidents mentaux de l'alcoolisme chronique. (Annales Médicales Psychologiques, Pt I, 91, 300, 303, mars 1933.)

Paraf, H. P. Klotz. — Fréquence actuelle plus grande des manifestations alcooliques chez la femme et chez l'homme. (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 17 avril 1933, n° 29, 26 novembre 1933.)

C. Pascal. — De l'alcoolisme et de son influence sur le développement et la marche des maladies. (4, Nîmes, 1868.)

J. Pierron. — Considérations chimiques, thérapeutiques et pathologiques sur l'alcool, mais particulièrement sur les maladies qui sont le résultat des abus qui sont faits des liqueurs alcooliques. (N° 4, Paris, 1815.)

A. Renault. — Sur l'influence de l'alcoolisme dans le développement de plusieurs groupes de maladies. (N° 4, Paris, 1874.)

G. Robismarga. — Tubercolosi delle sierose e cirrosi del fegato. (Lotta contro la tuberc., 6, 749-762, july 1935.)

